

様式第1（第4条関係）

半田市妊産婦・乳児健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

半田市長 殿

郵便番号（475－ ）

申請者 住所 半田市

電話番号

氏名

半田市妊産婦・乳児健康診査費助成金交付要綱に基づき、下記のとおり助成金の交付をされるよう申請します。

助成区分		受診日	申請額 ※支払い金額と助成限度額を比較して少ない額	助成限度額
妊婦健康診査	第1回	. .		20,950 円
	第2回	. .		4,380 円
	第3回	. .		4,380 円
	第4回	. .		9,160 円
	第5回	. .		4,380 円
	第6回	. .		4,380 円
	第7回	. .		4,380 円
	第8回	. .		18,850 円
	第9回	. .		4,380 円
	第10回	. .		8,060 円
	第11回	. .		4,380 円
	第12回	. .		10,980 円
	第13回	. .		4,380 円
	第14回	. .		4,380 円
		子宮頸がん検診	. .	
産婦健康診査		. .		5,000 円
乳児健康診査	第1回	. .		6,300 円
	第2回	. .		6,300 円
合計				

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> <li>妊産婦・乳児健康診査結果報告書 (受診結果と医療機関等の名称及び押印のあるもの)</li> <li>医療機関等の発行する領収書(原本)及び診療明細書 (金額の内訳がわかるもの)</li> </ol>
------	--